

Uchwała Nr 2200/18
Zarządu Powiatu Stargardzkiego
z dnia 1 lutego 2018 r.

w sprawie zawarcia umowy z podmiotem stwierdzającym przyczyny zgonu
i wystawiającym karty zgonu

Na podstawie art. 32 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1868 z późn.zm) i art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912) uchwała się, co następuje:

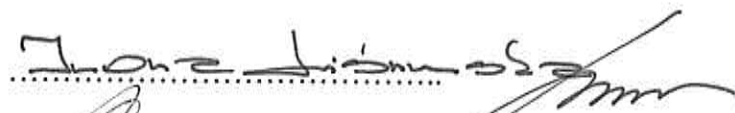
§ 1.1. Postanawia się zawrzeć umowę z Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Stargardzie przy ul. Wojska Polskiego na czynności stwierdzenia, w drodze oględzin, zgonu i jego przyczyny zgodnie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, w dni powszednie między godz. 18.00 a 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy od godz. 8.00 do godz. 8.00 dnia następnego.

2. Projekt umowy, o którym mowa w ust.1 stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

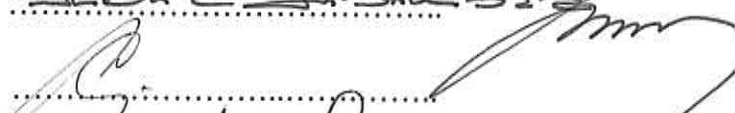
§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Wydziału Zarządzania Bezpieczeństwem.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Iwona Wiśniewska - Starosta Stargardzki



Waldemar Gil - Wicestarosta



Irena Agata Łucka - Członek Zarządu



Ireneusz Rogowski - Członek Zarządu



Uzasadnienie

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych w przypadku braku możliwości stwierdzenia zgonu przez lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie, powyższa czynność powinna być wykonana w drodze oględzin lekarza, a w razie jego braku, przez inną osobę powołaną do tej czynności przez właściwego starostę.

Wyznaczenie podmiotu dokonującego stwierdzenia zgonu i jego przyczyny dotychczas nie było realizowane. W odpowiedzi na ponowione zaproszenie Zarządu Powiatu Stargardzkiego, zgodnie z uchwałą Nr 2140/18 z dnia 11 stycznia 2018 r., do dnia 26 stycznia 2018 r. wpłynęły 2 oferty, w tym:

1. Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stargardzie na realizację przedmiotowego zadania na obszarze powiatu w dni powszednie między godz. 18.00 a 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy od godz. 8.00 do godz. 8.00 dnia następnego,
2. lek. Stefana Stojanowskiego, prowadzącego praktykę lekarską pod firmą: Stefan Stojanowski Gabinet Lekarski Laryngologiczny Doraźna Pomoc Lekarska, z siedzibą w Stargardzie przy ul. Anny Jagiellonki 2, na realizację przedmiotowego zadania na obszarze powiatu w dni powszednie od godz. 8.00 do godz. 18.00 z wyjątkiem sobót.

SP WZOZ w Stargardzie zaoferował za realizację zadania cenę 250 zł brutto za jednorazowe stwierdzenie zgonu oraz jego przyczyny i wystawienie karty zgonu. Natomiast Pan Stefan Stojanowski zaoferował za wykonanie zadania 500 zł brutto za jednorazowe stwierdzenie zgonu oraz jego przyczyny i wystawienie karty zgonu.

Ze statystyk przekazanych przez Policję wynika, że w 2017 r. było 31 przypadków do których wzywano lekarza do stwierdzenia zgonu. Część z nich realizowana była przez Lekarzy POZ. Biorąc pod uwagę środki zagwarantowane w budżecie oraz opinię Policji rekomenduję zawarcie umowy z SPWZOZ w Stargardzie.

W budżecie powiatu zaplanowane zostały środki w dziale 710 rozdziale 71095 § 4300.

DYREKTOR
Wydziału Zarządzania
Bezpieczeństwem

Robert Szauman

UMOWA NR
w sprawie wykonywania czynności związanych ze stwierdzeniem zgonu i jego przyczyny
oraz wystawianiem kart zgonu

zawarta w dniu2018 r. zgodnie z uchwałą Nr Zarządu Powiatu Stargardzkiego z dnia2018 r. pomiędzy:

POWIATEM STARGARDZKIM z siedzibą w Stargardzie, przy ul. Skarbowej 1, NIP 854-222-86-20- Starostwo Powiatowe ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard, zwanym dalej „ZLECENIODAWCĄ”, reprezentowanym przez:

- 1) **IWONĘ WIŚNIEWSKĄ** Starostę Stargardzkiego
- 2) **IRENĘ AGATĘ ŁUCKĄ** Członka Zarządu

a

SAMODZIELNYM PUBLICZNYM WIELOSPECJALISTYCZNYM ZAKŁADEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE, ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard zwanym dalej „ZLECENIOBIORCĄ”, reprezentowanym przez:

KRZYSZTOFA KOWALCZYKA - Dyrektora Samodzielnego Publicznego Wielospecjalistycznego zakładu Opieki Zdrowotnej w Stargardzie.

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest świadczenie usługi w dni powszednie między godz. 18.00 a 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy od godz. 8.00 do godz. 8.00 dnia następnego w postaci stwierdzenia zgonu i jego przyczyny w drodze oględzin oraz wystawienia karty zgonu osobom zmarłym na terenie powiatu stargardzkiego wskazanych ZLECENIOBIORCY przez Policję.

2. Umowa dotyczy jedynie przypadków, gdy nie można ustalić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego zmarłego w jego ostatniej chorobie zgodnie z art. 11 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz.912).

3. Karta zgonu powinna być wypełniona przez ZLECENIOBIORCĘ na obowiązującym ustawowo druku. Wykonanie czynności, o których mowa w ust. 1 należy potwierdzić w formularzu dotyczącym zgonu, stanowiącym załącznik Nr 1 do niniejszej UMOWY, załączanym każdorazowo do faktury.

§ 2. Każdorazowa usługa będzie wykonywana w oparciu o odrębne zlecenie przekazywane jako zgłoszenie, osobiste lub pod wskazany nr telefonu 915789296, przez funkcjonariusza Policji obecnego w miejscu wykonywania czynności, zgodnie z załącznikiem Nr 2.

§ 3. Wzajemne zobowiązanie powstawać będzie każdorazowo w momencie przyjęcia zlecenia przez ZLECENIOBIORCĘ.

§ 4. ZLECENIOBIORCA zobowiązuje się do przybycia na miejsce zdarzenia, w którym znajdują się zwłoki, w możliwie najkrótszym czasie, jednak nie dłuższym niż 2 h od momentu otrzymania zgłoszenia przez policję.

§ 5.1. Za wykonanie czynności jednorazowego stwierdzenia zgonu i wystawienia karty zgonu z określeniem przyczyny zgonu, o których mowa w § 1, ZLECENIOBIORCY

przysługuje wynagrodzenie w wysokości **250,00 zł brutto** (słownie: dwieście pięćdziesiąt złotych 0/00.).

2. Wynagrodzenie ZLECENIOBIORCY stanowić będzie iloczyn liczby jednorazowych czynności faktycznie wykonanych w danym miesiącu obowiązywania umowy i stawki wynagrodzenia, o których mowa w ust. 1.

3. Wynagrodzenie za czynności określone umową, płatne będzie w terminie 14 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej przez ZLECENIODAWCĘ faktury wraz z wypełnionym formularzem, o którym mowa w § 1 ust. 3 umowy.

4. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego ZLECENIODAWCY.

§ 6. ZLECENIOBIORCA odpowiada za wszelkie szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z nienależytym wykonaniem lub niewykonaniem przedmiotu umowy.

§ 7.1. Umowę zawiera się na czas określony tj. od dnia 01.02.2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.

2. Umowa może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym, w przypadku rażącego naruszenia jej postanowień.

3. Każda ze STRON może wypowiedzieć umowę za 1 miesięcznym wypowiedzeniem.

§ 8. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej.

§ 9. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 10. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego dwa egzemplarze otrzymuje ZLECENIODAWCA, a jeden ZLECENIOBIORCA.

ZLECENIODAWCA

ZLECENIOBIORCA

RADCA PRAWNY
Katarzyna Patry-Musiał
Sz-529

DOKUMENT STWIERDZENIA ZGONU

STWIERDZENIE ZGONU
(wypełnia lekarz realizujący zlecenie)

DATA PRZYJAZDU LEKARZA NA MIEJSCE:

Rok..... miesiąc: dzień: godzina:
(określenie godzin i minut)

IMIĘ I NAZWISKO

ZMARŁEGO:.....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

ZMARŁEGO:.....

MIEJSCE UJAWNIEŃ

ZWŁOK:.....

.....

(adres lub opis miejsca)

NAZWISKO I IMIĘ LEKARZA STWIERDZAJĄCEGO ZGON:

.....

Oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon:

Oświadczam, że zgodnie z posiadaną wiedzą i doświadczeniem stwierdziłem/(am) zgon i wystawiłem/(am) kartę zgonu osoby, której dane zamieściłem/(am) powyżej.

Podpis i pieczęć lekarza stwierdzającego zgon:

.....

Podpis funkcjonariusza Policji obecnego przy podejmowanych czynnościach:

.....

(podpis)

Nr służbowy policjanta:.....

DOKUMENT ZGŁOSZENIA ZGONU

ZGŁOSZENIE

(wypełnia funkcjonariusz Policji przekazujący zgłoszenie lekarzowi):

DATA PRZEKAZANIA ZGŁOSZENIA LEKARZOWI:

Rok miesiąc: dzień: godzina:
(określenie godzin i minut)

**NAZWISKO I IMIĘ FUNKCJONARIUSZA POLICJI
PRZEKAZUJĄCEGO ZGŁOSZENIE :**

.....

NR SŁUŻBOWY:.....

Oświadczenie funkcjonariusza Policji przekazującego zgłoszenie:

Oświadczam, że przed wykonaniem zgłoszenia do lekarza w sprawie stwierdzenia zgonu, wykonałem/wykonałam niezbędne czynności mające na celu ustalenie rodziny i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie.

Podpis funkcjonariusza Policji przekazującego zgłoszenie:.....

Otrzymują:

1. Starostwo Powiatowe w Stargardzie Wydział Zarządzania Bezpieczeństwem.
2. Zleceniobiorca
3. Policja – a/a